Aus der chirurgischen Universitätsklinik des Charitékrankenhauses
zu Berlin.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand.)

Auszug aus:

Beitrag zur Kenntnis und Behandlung der Kontrakturen des Kniegelenkes.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
an der
Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin
von

Hans Hillig,
Arzt aus Berlin.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 31. 5. 20.

Referent: Prof. Dr. Köhler.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Die Arbeit stellt dar eine kritische Studie über die Frage der Entstehung der Kniekontrakturen und ihrer Behandlung. Es wird durch Beispiele bewiesen, daß die Definition des Begriffes „Kontraktur" keine einheitliche ist. Dieser Begriff ist abhängig von der genauen Definition des Begriffes „Ankylose."

Es gibt intra- und extrakapsuläre Ankylosen. Die intrakapsulären bezeichnen einen Zustand, bei dem eine Unverrückbarkeit zweier im Gelenk miteinander berührender Knochen und gleichzeitig eine diese durch Verwachsung mit den Gelenkflächen bedingende bindegewebige, knorplige oder knöcherne Masse im Gelenk sich findet. Als extrakapsuläre Ankylosen haben nur zu gelten: Gelenkfeststellungen durch außerhalb der Kapsel gelegene, die im Gelenke miteinander artikulierenden Knochen verbindende feste Knochenmassen. Die bisher sogenannten „kapsulären" Ankylosen dürften in Wirklichkeit niemals vorhanden sein, vielmehr ein theoretisches Kunstprodukt darstellen. Für die Kontraktur ergibt sich als Erklärung: Die Kontraktur bezeichnet einen Zustand, bei dem durch Zusammenziehung irgendwelcher gelenkumgebenden Weichteile eine Beweglichkeits-Behinderung oder -Aufhebung für längere Zeit zustande kommt, ohne daß im Gelenke selbst irgendwelche Verwachsungen der Gelenkflächen miteinander vorliegen. In schwierigen Fällen helfen Anamnese, Krankheitsverlauf, Röntgenbild und Narkose bei der Unterscheidung zwischen Ankylose und Kontraktur.

Es ist zu unterscheiden zwischen Knie- Streck- und Beugekontrakturen. Erstere sind bisher nur von Payr eingehend studiert worden. Aus dessen Arbeit werden die wichtigsten Punkte angeführt. Normalerweise ist die Beugestellung die Ruhestellung des Knies. Erst durch die Forschungen Jansen's läßt sich die Frage nach der Entstehung der Kontrakturen genügend erklären. Die neueren Ansichten Jansen's über die Entstehung der spastischen Kontrakturen werden dargelegt. Besonders besprochen werden die kongenitalen Kontrakturen, diejenigen bei und nach Gelenktuberkulose und die durch Kriegsverletzungen entstandenen. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten werden erörtert.

Als Hauptergebnis der Arbeit läßt sich angeben: Die nicht-spastischen und nicht-paralytischen Knie- Streck- wie Beuge-Kontrakturen entstehen durch eine infolge längerer Ruhigstellung des Gelenkes bedingte Atrophie der Streckmuskeln, die als in der Hauptsache eingelenkige Muskeln gegenüber den fast ausschließlich zweigelenkigen Beugern durch die Ruhigstellung vollständiger inaktiviert werden und deshalb erheblich schneller atrophieren. Es ergibt sich stets eine Beugekontraktur, wenn nicht das Knie durch Fixierung in Streckstellung daran gehindert wird. Die auf letztere Weise entstandene Streckkontraktur bleibt nur beim Erwachsenen manifest, während sie sich bei Jugendlichen stets noch nachträglich in eine Beugekontraktur umwandelt. Daraus ist zu schließen, daß die bei der ausgebildeten Streckkontraktur Erwachsener stets nachweisbare fibröse Degeneration des Streckapparates bei Jugendlichen geringer ist oder die evtl. bei diesen vorhandenen narbig geschrumpften und schwielig verdickten Muskeln und Bänder einer erheblichen Dehnung und Regeneration fähig sind. Im Gegensatz zu den stärkeren Veränderungen am Streckapparat bei Kniestreckkontrakturen findet sich bei den Beugekontrakturen keine so starke fibröse Degeneration, vielmehr liegt hier die Hauptschädigung in der Ueberdehnung, dem Spannungsverlust, des Quadriceps.

Die Therapie hat je nach Lage des Falles Bewegungshindernisse mit unblutigen oder operativen Methoden zu beseitigen und besonders für Wiedererlangung der Quadricepsfunktion zu sorgen.

Die Arbeit schließt mit Anführung eines diese Ausführungen bestätigenden Falles, der vom Verfasser 14 Jahre nach der ersten wegen Kniekontraktur erfolgten Behandlung nachuntersucht worden ist.